

Olga Gajewska
Marek Bryła
Irena Maniecka-Bryła

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Czynniki determinujące samoocenę stanu zdrowia mieszkańców wybranych domów pomocy społecznej — wstępne wyniki badań

Streszczenie: Artykuł przedstawia analizę czynników determinujących samoocenę stanu zdrowia mieszkańców wybranych domów pomocy społecznej z terenu powiatów plockiego ziemskiego i plockiego grodzkiego.

Badanie zostało przeprowadzone wśród 170 mieszkańców wybranych losowo domów pomocy społecznej, przy czym — ze względu na stan sprawności umysłowej badanych — analizie statystycznej poddano odpowiedzi 142 osób. Narzędziem badania był autorski kwestionariusz wywiadu, natomiast do oceny sprawności umysłowej respondentów wykorzystano skrócony test sprawności umysłowej według Hodgkinsona. Do opisu i oceny zależności pomiędzy zmiennymi wykorzystano test niezależności χ^2 i współczynnik współzależności C-Pearsona.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności samooceny stanu zdrowia od wieku, stanu cywilnego czy wykształcenia badanych. Stwierdzono natomiast istotną zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia a samopoczuciem, subiektywną oceną szczęścia, oceną zdrowia w porównaniu z innymi w tym samym wieku, czy możliwością samodzielnego poruszania się.

Słowa kluczowe: starość, domy pomocy społecznej, samoocena stanu zdrowia

Wprowadzenie

Znamienną cechą postępu cywilizacyjnego jest starzenie się społeczeństw. Na skutek poprawy warunków życia w wielu krajach wydłużyła się przeciętne dalsze trwanie życia, maleje współczynnik urodzeń żywych, czego efektem jest zwiększenie się liczby osób w wieku starszym w strukturze ludności kraju (Mianowany, Maniecka-Bryła, Drygas 2004: 173; Domaradzki 2006: 94). Proces starzenia się ludności przez wiele osób postrzegany jest jako zjawisko w długim okresie najważniejsze z punktu widzenia gospodarki i zasad życia społecznego (Szukalski 2006: 6). Wiek XX to w historii ludzkości wiek wzrostu trwania życia ludzkiego. W krajach wysoko rozwiniętych wzrosło ono dwukrotnie, natomiast w wielu krajach słabo rozwiniętych trzykrotnie (Szukalski 2008: 89; OECD 2011).

Początki starzenia się ludności w Polsce wystąpiły pod koniec XIX wieku. Jednak wzrost ten nie był jednorodny, a występujące wahania były spowodowane kataklizmami wojennymi, które miały miejsce w XX wieku. Od 1950 roku obserwujemy wzrost udziału osób w wieku 65 lat i więcej (Szweda-Lewandowska 2008: 130). W powojennej historii Polski widoczne jest również wyraźne obniżanie się wartości współczynnika reprodukcji netto. Proces ten widoczny jest w ostatnim ćwierćwieczu, kiedy to nastąpił spadek tego miernika prawie o połowę — z 1,14 w 1983 roku do nieco poniżej 0,6 w latach 2002–2005 (Szukalski 2009: 60). Zgodnie z prognozą Głównego Urzędu Statystycznego, w 2035 roku prawie 1/3 ludności Polski stanowić będą osoby w wieku 60 lat i więcej. Dodatkowo nastąpi dynamiczny wzrost odsetka osób w najstarszej grupie wieku 80 lat i więcej. W 2035 roku 7,2% populacji będzie w tym wieku (Szweda-Lewandowska 2010: 219). Wzrost odsetka osób w najstarszej grupie wieku wiąże się z obniżeniem współczynnika zgonów, szczególnie w grupie osób starszych i najstarszych (Czabański, Szkarlat 2006: 84). Zwiększenie udziału osób starszych w Polsce rodzi potrzebę dokonania zmian w polityce zdrowotnej państwa, w systemie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Funkcjonowanie osób w podeszłym wieku zależy od ich stanu zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego, od ogólnej sprawności organizmu, od wsparcia członków rodziny, a także od wsparcia socjalnego w zakresie dokładnie określonych potrzeb i ich realizacji (Zemło 2008: 190). Wzrost zapotrzebowania na pomoc, zarówno środowiskową, jak i instytucjonalną, jest bezpośrednią konsekwencją wzrostu subpopulacji osób najstarszych. Jednocześnie dominujące trendy w zakresie opieki nad osobami starszymi koncentrują się na udzieleniu pomocy seniorowi w jego miejscu zamieszkania. Jednak, porównując odsetek osób starszych zamieszkujących domy pomocy społecznej w Polsce z odpowiadającym udziałem w krajach Europy Zachodniej i Północnej, widać, że w Polsce należy oczekiwać dalszego rozwoju pomocy instytucjonalnej (Szweda-Lewandowska 2009: 253).

Celem pracy jest określenie czynników determinujących samoocenę stanu zdrowia ludzi starszych, mieszkańców domów pomocy społecznej z powiatu plockiego.

Materiał i metodyka

Badanie przeprowadzono wśród mieszkańców losowo wybranych pięciu domów pomocy społecznej zlokalizowanych na terenie powiatów plockiego ziemskiego i pło-

ckiego grodzkiego. Kryterium włączenia do badania były: wiek (60+ lat) i sprawność umysłowa, umożliwiająca uzyskanie wywiadu kwestionariuszowego. Do oceny stanu umysłowego został wykorzystany skrócony test sprawności umysłowej według Hodgkinsona (*Abbreviated Mental Test Score*, AMTS). Wspomniany test zawiera 10 pytań, po których badany za każdą prawidłową odpowiedź otrzymuje 1 punkt (Kostka, Borowiak, Kołomecka 2007: 15). Maksymalna liczba punktów to 10. Zgodnie z instrukcją dotyczącą interpretacji wyników tego testu osoby, które uzyskały mniej niż 6 punktów, zostały wyłączone z badania, z uwagi na stan sprawności umysłowej, który uniemożliwiłby poprawne przeprowadzenie wywiadu.

Na podstawie analizy literatury przedmiotu opracowano autorski kwestionariusz wywiadu, który zawierał pytania dotyczące cech społeczno-demograficznych badanych i 26 pytań: jednokrotnego i wielokrotnego wyboru oraz pytania otwarte, umożliwiające uzyskanie danych na temat stanu zdrowia. Komisja Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wyraziła zgodę na przeprowadzenie badań z zastosowaniem tego kwestionariusza (Uchwała nr RNN/358/09/KB z dnia 12 maja 2009 roku). Dostępny on jest w Zakładzie Epidemiologii i Biostatystyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i został włączony do aneksu pracy doktorskiej Olgi Gajewskiej *Czynniki determinujące samoocenę stanu zdrowia ludzi starszych*.

AMTS przeprowadzono ze 170 mieszkańcami wybranych domów pomocy społecznej, zaś kwestionariusz wywiadu na temat stanu zdrowia ze 142 osobami, bowiem 28 osób uzyskało mniej niż 6 punktów w skróconym teście sprawności umysłowej według Hodgkinsona. Uzyskane dane wprowadzono do bazy przygotowanej w programie Microsoft Excel i poddano analizie statystycznej. Wykorzystano takie miary, jak: średnia arytmetyczna; odchylenie standardowe; wskaźniki struktury — odsetki i frakcje w zależności od liczebności analizowanych grup według zmiennych. W celu stwierdzenia zależności między cechami wykonano test niezależności χ^2 , a dla określenia siły tej zależności obliczono współczynnik współzależności C-Pearsona.

Wyniki i ich omówienie

Powiat płocki ziemski położony jest w zachodniej części województwa mazowieckiego z wyodrębnionym miastem Płock (powiat płocki grodzki). Ludność miasta Płocka wynosiła 126 542 osób (stan na dzień 31.12.2009 r.), natomiast powiatu płockiego ziemskiego 107 471 osób (stan na dzień 31.12.2009 r.) (GUS 2011). Na terenie powiatów płockiego ziemskiego i płockiego grodzkiego znajduje się osiem domów pomocy społecznej, z których pięć objęto badaniem.

Warto nadmienić, że domy pomocy społecznej są jednymi z jednostek organizacyjnych polskiego systemu pomocy społecznej. Zadaniem placówek wspomnianego systemu jest świadczenie usług bytowych i społecznych osobom, które wymagają całodobowej opieki z powodu zaawansowanego wieku, choroby czy niepełnosprawności. Usługi te mogą mieć charakter opiekuńczy, wspomagający, edukacyjny lub występować we wszystkich formach w zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb podopiecznych. W Polsce jest około 800 domów pomocy społecznej, poza placówkami prywatnymi i prowadzonymi przez fundacje. W zależności od kategorii podopiecz-

nych, w Polsce funkcjonują domy pomocy społecznej dla: osób w podeszłym wieku, osób przewlekłe somatycznie chorych, osób przewlekłe psychicznie chorych, osób niepełnosprawnych fizycznie, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (Nowak, Pietruk 2009: 241; *Rozporządzenie...* 2005). Domy pomocy społecznej powoływane są, by świadczyć usługi opiekuńcze i bytowe dla osób wymagających opieki ze względu na stan zdrowia lub wiek, ale nie wymagających stałego przebywania w szpitalu (Leś, Gaworska 2010: 200).

W celu określenia czynników determinujących samoocenę stanu zdrowia mieszkańców domów pomocy społecznej objętych badaniem przedstawiono w niniejszej pracy wyniki zależności samooceny stanu zdrowia od wybranych zmiennych zawartych w kwestionariuszu wywiadu.

Wśród badanych było 77 (54%) kobiet i 65 (46%) mężczyzn. Osoby te były w wieku 60–102 lata, przy czym średnia wieku wynosiła 73 lata. 27% badanych było w wieku 60–64 lata, 15% w przedziale wiekowym 65–69 lat, 13% w wieku 70–74 lata, 13% w wieku 75–79 lat i 32% stanowiła grupa w wieku 80 lat i więcej.

Największa liczba mieszkańców domów pomocy społecznej posiadała wykształcenie niepełne podstawowe — 48 osób (34%), pozostali wykazywali wykształcenie podstawowe — 34 osoby (24%), zasadnicze — 20 osób (14%), średnie — 31 osób (22%), niepełne wyższe — 3 osoby (2%), oraz wykształcenie wyższe — 6 osób (4%).

Analizując stan cywilny respondentów, okazało się, że 54% (76 osób) było owdowiałych, 28% (40 osób) stanowili kawalerowie i panny, 13% (19 osób) rozwiedzeni oraz 5% (7 osób) było w związku małżeńskim.

Tabela 1. Samoocena stanu zdrowia a wiek badanych

Samoocena stanu zdrowia	Wiek (w latach)				
	60–64	65–69	70–74	75–79	80 i więcej
	n	n	n	n	n
Bardzo dobra	0	1	2	1	0
Dobra	11	6	2	4	6
Przeciętna	11	9	6	11	22
Zła	15	5	6	2	7
Bardzo zła	2	1	2	0	10
Razem	39	22	18	18	45

Źródło: obliczenia własne, $\chi^2 = 12,046$; $p > 0,05$

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy samooceną stanu zdrowia a wiekiem badanych ($p > 0,05$). Warto jednak zauważyć, że najgorzej swój stan zdrowia oceniały osoby mające 70–74 lata oraz najmłodszy badani w wieku 60–64 lata (oceny złe i bardzo złe dotyczyły prawie połowy badanych). Najlepsze oceny stanu zdrowia dotyczyły osób w wieku 65–69 lat — prawie co trzeci badany oceniał swoje zdrowie dobrze (tab. 1).

Brak jest także istotnej zależności samooceny stanu zdrowia od stanu cywilnego badanych ($p > 0,05$), choć najczęściej bardzo dobra lub dobra samoocena dotyczyła kawalerów/ panien (frakcja 0,35), a najrzadziej wdowców/wdów (frakcja 0,17). Naj-

gorszą samooceną stanu zdrowia charakteryzowały się wdowy/wdowcy (frakcja złych i bardzo złych ocen 0,39) i osoby rozwiedzione (tab. 2).

Tabela 2. Samoocena stanu zdrowia a stan cywilny badanych

Samoocena stanu zdrowia	Stan cywilny			
	kawaler/panna	żonaty/mężatka	wdowiec/wdowa	rozwiedziony/rozwiedziona
	n	n	n	n
Bardzo dobra	2	0	2	0
Dobra	12	2	11	4
Przeciętna	15	3	33	8
Zła	9	1	19	6
Bardzo zła	2	1	11	1
Razem	40	7	76	19

Źródło: obliczenia własne, $\chi^2 = 4,603$; $p > 0,05$

Tabela 3. Samoocena stanu zdrowia a wykształcenie badanych

Samoocena stanu zdrowia	Wykształcenie					
	niepełne podst.	podstawowe	zasadnicze	średnie	niepełne wyższe	wyższe
	n	n	n	n	n	n
Bardzo dobra	0	1	0	3	0	0
Dobra	9	4	6	10	0	0
Przeciętna	18	13	6	14	3	5
Zła	14	10	7	3	0	1
Bardzo zła	7	6	1	1	0	0
Razem	48	34	20	31	3	6

Źródło: obliczenia własne, $\chi^2 = 11,264$; $p > 0,05$

Samoocena stanu zdrowia badanych nie zależała w sposób istotny statystycznie od ich wykształcenia ($p > 0,05$). Można jednak zauważyć, że bardzo dobre i dobre samooceny stanu zdrowia dotyczyły częściej osób z wykształceniem średnim niż pozostałych badanych (tab. 3).

Badani określali także swój stan zdrowia na skali wizualnej „termometru”, na którym najlepszy stan zdrowia oznaczany był liczbą 100, zaś najgorszy stan zdrowia cyfrą 0. Zaobserwowano istotną statystycznie i silną zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia a stanem zdrowia ocenianym przez badanych na skali wizualnej „termometru” ($p < 0,001$; $C = 0,67$). Im większe wskazanie na skali termometru, tym częściej w samoocenie wybierana była ocena bardzo dobra lub dobra. Taką samoocenę stanu zdrowia ma połowa badanych z oceną 81–100 punktów na skali „termometru”, a mający 61–80 w zdecydowanej większości niemal 2/3 badanych, mieli samoocenę bardzo dobrą lub dobrą. Z kolei wszyscy oceniający stan zdrowia na skali „termometru” od 0 do 20 w samoocenie mieli stan zdrowia zły. Nieco lepiej z samooceną

było w grupie oceniających na 21–40 na skali, bowiem spośród nich tylko niespełna co trzeci badany ocenił swój stan zdrowia przeciętnie, a pozostali źle lub bardzo źle (tab. 4). Dowodzi to dużej spójności obydwu metod służących do samooceny stanu zdrowia populacji w wieku starszym.

Tabela 4. Samoocena stanu zdrowia a stan zdrowia oceniany na skali wizualnej „termometru”

Samoocena stanu zdrowia	Skala wizualna „termometru” oceniająca stan zdrowia (0–100) (0 — najgorszy, 100 — najlepszy)				
	0–20	21–40	41–60	61–80	81–100
	n	n	n	n	n
Bardzo dobra	0	0	0	4	0
Dobra	0	0	14	13	2
Przeciętna	0	7	41	9	2
Źła	19	13	3	0	0
Bardzo złą	11	4	0	0	0
Razem	30	24	58	26	4

Źródło: obliczenia własne, $\chi^2 = 115,154$; $p < 0,001$

Istnieje istotna statystycznie zależność o umiarkowanej sile pomiędzy samopoczuciem badanych a ich samooceną stanu zdrowia ($p < 0,001$; $C = 0,35$). Osoby czujące się „raczej młodo” istotnie częściej niż pozostałe wybierały w samoocenie stanu zdrowia odpowiedź „bardzo dobra” lub „dobra” (odpowiednie frakcje: 0,08 i 0,39). Spośród czujących się raczej staro tylko nieliczne osoby miały samoocenę bardzo dobrą (frakcja 0,03) lub dobrą (frakcja 0,08). A wśród czujących się ani młodo ani staro nikt nie wybrał bardzo dobrej samooceny, a dobrą jedynie co szósta osoba (frakcja 0,17). Natomiast ci, którzy czuli się raczej staro, w samoocenie wybierali głównie odpowiedź „zła” (frakcja 0,34) lub „bardzo złą” (frakcja 0,21) (tab. 5).

Tabela 5. Samoocena stanu zdrowia a samopoczucie badanych

Samoocena stanu zdrowia	Samopoczucie osoby			
	raczej młodo	raczej staro	ani młodo ani staro	nie zastanawiałem/am się
	n	n	n	n
Bardzo dobra	3	1	0	0
Dobra	14	3	10	2
Przeciętna	10	13	33	3
Źła	8	13	11	3
Bardzo złą	1	8	6	0
Razem	36	38	60	8

Źródło: obliczenia własne, $\chi^2 = 20,163$; $p < 0,001$; $C = 0,35$.

Także w sposób umiarkowanie silny samoocena stanu zdrowia badanych zależała od subiektywnej oceny szczęście ($p < 0,01$). Częściej niż co trzecia badana osoba, która czuje

się szczęśliwa, w samoocenie stanu zdrowia wybierała odpowiedź „bardzo dobra” (frakcja 0,05) lub „dobra” (frakcja 0,29). Natomiast złą lub bardzo złą ocenę stanu własnego zdrowia najczęściej miały osoby, które nie czują się szczęśliwe (frakcja 0,57) (tab. 6).

Tabela 6. Samoocena stanu zdrowia a subiektywna ocena szczęścia

Samoocena stanu zdrowia	Subiektywna ocena szczęścia (Czy czuje się Pan/Pani szczęśliwy/a?)		
	tak	nie	nie wiem
	n	n	n
Bardzo dobra	4	0	0
Dobra	25	2	2
Przeciętna	35	12	12
Zła	15	10	10
Bardzo zła	6	9	0
Razem	85	33	24

Źródło: obliczenia własne, $\chi^2 = 15,975$; $p < 0,01$; $C = 0,33$

Subiektywna ocena samotności nie miała istotnego statystycznie wpływu na samoocenę stanu zdrowia ($p > 0,05$). Okazało się, że zarówno osoby czujące się samotnie, jak i ci, którzy nie czuli się osamotnieni, w dość podobny sposób oceniali stan swojego zdrowia (tab. 7).

Tabela 7. Samoocena stanu zdrowia a subiektywna ocena samotności

Samoocena stanu zdrowia	Subiektywna ocena samotności (Czy czuje się Pan/Pani samotny/a?)		
	tak	nie	nie wiem
	n	n	n
Bardzo dobra	0	4	0
Dobra	9	18	2
Przeciętna	17	39	3
Zła	9	19	7
Bardzo zła	5	10	0
Razem	40	90	12

Źródło: obliczenia własne, $\chi^2 = 1,915$; $p > 0,05$.

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia badanych a oceną zdrowia w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku ($p < 0,01$; $C = 0,57$). Jest to zależność średniej mocy. Okazało się, że 2/3 badanych, którzy bardzo dobrze oceniali swoje zdrowie w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku, także w samoocenie stanu zdrowia wybierają odpowiedź „bardzo dobra”, a niemal połowa oceniających się dobrze w porównaniu z rówieśnikami także w samoocenie wybiera odpowiedź „dobra”. Niemal wszyscy badani, którzy w porównaniu z osobami w tym samym wieku dokonali samooceny swojego stanu zdrowia źle lub bardzo źle, także w samoocenie bezpośredniej swojego stanu zdrowia wybierali odpowiedzi: „zła” lub „bardzo zła” (tab. 8).

Tabela 8. Samoocena stanu zdrowia a ocena zdrowia badanych w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku

Samoocena stanu zdrowia	Ocena stanu zdrowia w porównaniu z innymi w tym samym wieku				
	bardzo dobrze	dobrze	przeciętnie	źle	bardzo źle
	n	n	n	n	n
Bardzo dobra	3	0	1	0	0
Dobra	5	19	5	0	0
Przeciętna	4	17	32	5	1
Zła	0	5	9	17	4
Bardzo zła	0	0	5	6	4
Razem	12	41	52	28	9

Źródło: obliczenia własne, $\chi^2 = 69,712$; $p < 0,001$; $C = 0,57$.

Istnieje umiarkowanie silna zależność samooceny stanu zdrowia od możliwości samodzielnego poruszania się badanych ($p < 0,01$; $C = 0,33$). Bardzo dobrą lub dobrą samoocenę deklarowały najczęściej osoby, które nie mają żadnych problemów z chodzeniem (frakcja 0,36), podczas gdy w przypadku osób, którym chodzenie sprawiało kłopot, 2/5 źle lub bardzo źle oceniają swój stan zdrowia (tab. 9).

Tabela 9. Samoocena stanu zdrowia a możliwości codziennego samodzielnego poruszania się osób badanych

Samoocena stanu zdrowia	Możliwości codziennego samodzielnego poruszania się		
	nie mam żadnych problemów z chodzeniem	czasami chodzenie sprawia mi pewien kłopot	chodzenie sprawia mi kłopot, tak często, że mogę uznać się za człowieka „przykutego do łóżka”
	n	n	n
Bardzo dobra	3	1	0
Dobra	24	4	1
Przeciętna	27	25	7
Zła	16	10	9
Bardzo zła	5	5	5
Razem	75	45	22

Źródło: obliczenia własne, $\chi^2 = 17,342$; $p < 0,01$; $C = 0,33$.

Podsumowanie

Osoby starsze nieustannie muszą zmagać się ze skutkami biologicznego starzenia się organizmu. Inwolucja fizyczna obejmuje duży zakres zmian regresywnych, które prowadzą do utraty sprawności energetycznej organizmu, obniżenia jego wydolności, redukcji odporności i wzrostu zachorowalności (Zielińska-Więczkowska i wsp. 2008: 134). Brak warunków do sprawowania opieki w rodzinie nad osobą starszą, nieumiejętność radzenia sobie z narastającymi przejawami zaburzeń i wiele innych przyczyn

wywołują konieczność umieszczenia osoby w stacjonarnej placówce opiekuńczej, m.in. w domu pomocy społecznej. Przyjęcie do domu pomocy społecznej jest dla człowieka czasem gwałtownych zmian. Każdy przywiązuje się do miejsc, w których spędził długie lata życia. Wiąże się z tym fakt opuszczenia dotychczasowego środowiska, mieszkania, w którym spędziło się wiele lat, a także opuszczenia rodziny (Mielczarek 2010: 211). Z literatury przedmiotu wynika, że dla osób starszych zamieszkanie w domu pomocy społecznej stanowi czynnik traumatyzujący, który powoduje, że pogarsza się ich stan fizyczny, w ślad za nim pojawiają się apatia, bierność, niekiedy bunt, wrogość, spadek wydolności procesów psychicznych (Bąbka 2006: 185).

Polska transformacja ostatnich dwudziestu lat spowodowała pojawienie się nieznanych dotąd problemów, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i zbiorowym. Rozpad tradycyjnej rodziny podstawowej, najmniejszej grupy wsparcia, niewypełnianie ról pełnionych na rzecz jej członków oraz zadań wobec społeczeństwa, generują wielość sytuacji trudnych, kryzysowych (Twardowska-Rajewska 2010: 260). We współczesnym świecie zauważamy zanik rodzin wielopokoleniowych, jak również słabnące więzi interpersonalne w rodzinach. Żyjemy w czasach, które aprecjonują, niejednokrotnie nadmiernie, walory ludzi młodych, sprawnych, kreatywnych i skutecznych w osiąganiu własnych celów. Obserwujemy unikanie kontaktu z osobami starszymi, postulowanie, by definitywnie zniknęły one z rynku pracy po okresie emerytalnym, a w rodzinach oczekuje się od nich zachowań służebnych, wyznaczanych im przez młodych (Okła 2006: 30; Markwitz 2006: 79). Słabnące więzi interpersonalne w rodzinach wiążą się między innymi z przyjmowaniem nadmiernych obowiązków w pracy zawodowej, z pogonią za dobrami materialnymi w ówczesnym świecie, jak również z wszechobecną rywalizacją. Waga relacji międzypokoleniowych — a tym samym i wynikających z nich bardziej zaawansowanych w sferze regulowania zasad życia społecznego — wzrasta i będzie wzrastać (Szukalski 2010: 89).

Samoocena stanu zdrowia odzwierciedla stan zdrowia fizycznego, psychicznego, funkcjonalnego i społecznego. Sam fakt pobytu w domu pomocy społecznej i złożone aspekty szeroko rozumianego stanu zdrowia wpływają na subiektywną ocenę stanu zdrowia. Odczucia mieszkańców domów pomocy społecznej mają na pewno związek z postrzeganiem i oceną własnego zdrowia. Duże znaczenie odgrywa również struktura organizacyjna danej placówki, wyposażenie i personel. W literaturze podkreśla się znaczenie zależności pomiędzy samooceną stanu zdrowia a samopoczuciem osoby, czy subiektywną oceną szczęścia (Sener, Oztop 2008: 902).

Literatura

- Bąbka J. (2006), *Psychospołeczne aspekty przystosowania się osób starych do warunków życia domu pomocy społecznej*, [w:] A. Nowicka (red), *Wybrane problemy osób starszych*, OW Impuls, Kraków, 183–198
- Czabanski A., Szkarlat J. (2006), *The chosen aspects of social functioning of centenarians*, [w:] M. Musielak (ed.), *The many faces of being old. Health and socio-cultural aspects of ageing*, WN Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego, Poznań, 83–90
- Domaradzki J. (2006), *How do the elderly rationalize their ambivalent attitude towards health*, [w:] M. Musielak (ed.), *The many faces of being old. Health and socio-cultural aspects of ageing*, WN Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego, Poznań, 91–104

- GUS (Główny Urząd Statystyczny) (2011), dane dostępne na stronie internetowej www.stat.gov.pl (dostęp 26.03.2011)
- Kostka T., Borowiak E., Kołomecka M. (2007), *Całościowa ocena geriatryczna*, „Lekarz Rodzinny”, XII, 9–16
- Leś A., Gaworska M. (2010), *Jakość życia podopiecznych domów pomocy społecznej*, [w:] D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, Wyd. Biblioteka, Łódź, 198–207
- Markwitz N. (2006), *The attitude of the Polish society and family towards elderly people*, [w:] M. Musielak (ed.), *The many faces of being old. Health and socio-cultural aspects of ageing*, WN Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego, Poznań, 79–81
- Mianowany M. E., Maniecka-Bryła I., Drygas W. K. (2004), *Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny*, „Gerontologia Polska”, XII, nr 4, 172–176
- Mielczarek A. (2010), *Determinanty jakości życia mieszkańców domu pomocy społecznej dla seniorów*, [w:] D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, Wyd. Biblioteka, Łódź, 208–217
- Nowak M., Pietruk K. (2009), *Uwarunkowania oczekiwań osób przebywających w domach opieki społecznej*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 90(2), 240–245
- OECD (Organisation For Economic Co-operation and Development) (2011), dane dostępne na stronie internetowej www.oecd.org (dostęp 31.03.2011)
- Okła W. (2006), *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych w rodzinach własnych i w domach opieki społecznej*, [w:] S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wyd. Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin, 29–38
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 roku w sprawie domów pomocy społecznej, Dz. U. z 2005 r., nr 217, poz. 1837
- Sener A., Oztop H. (2008), *Family, close relatives, friends: life satisfaction among older people*, „Educational Gerontology”, 34, 890–906
- Starostwo Powiatowe w Plocku (2011), dane dostępne na stronie internetowej www.powiat-plock.pl (dostęp 26.03.2011)
- Szukalski P. (2006), *Zagrożenie czy wyzwanie-proces starzenia się ludności*, „Polityka Społeczna” 9, 6–10
- Szukalski P. (2008), *Ewolucja umieralności i niepełnosprawności w świetle koncepcji rektangularyzacji krzywej przeżycia*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski: między demografią a gerontologią społeczną*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 89–123
- Szukalski P. (2009), *Czy w Polsce nastąpi powrót do prostej zastępowalności pokoleń?*, [w:] J. T. Kowaleski, A. Rossa (red.), *Przyszłość demograficzna Polski*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 59–75
- Szukalski P. (2010), *Solidarność międzypokoleniowa: kilka refleksji nad znaczeniem terminu*, [w:] D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, Wyd. Biblioteka, Łódź, 74–91
- Szweda-Lewandowska Z. (2008), *Prognoza zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski: między demografią a gerontologią społeczną*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 125–151
- Szweda-Lewandowska Z. (2009), *Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku*, [w:] J. T. Kowaleski, A. Rossa (red.), *Przyszłość demograficzna Polski*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 243–254
- Szweda-Lewandowska Z. (2010), *Mikrodeterminanty korzystania z pomocy instytucjonalnej przez seniorów*, [w:] D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*, Wyd. Biblioteka, Łódź, 218–230

- Twardowska-Rajewska J. (2010), *Opieka nad niesprawnym seniorem w rodzinie. Jakość życia*, [w:] D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, Wyd. Biblioteka, Łódź, 259–267
- Zemło A. (2008), *Potrzeby zdrowotne mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Łązniach (woj. podlaskie) w oparciu o analizę dokumentacji medycznej*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomysłne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 190–196
- Zielińska-Więczkowska H., Kędzióra-Kornatowska K., Kornatowski T. (2008), *Starość jako wyzwanie*, „Gerontologia Polska”, XVI (3), 131–136

Determinants of the self-rated health status of residents of the selected social welfare houses — preliminary results of a research study

Summary: The paper presents an analysis of determinants of the self-rated health status of members of residents of the selected social welfare houses located within Plock and Plock County.

The survey was conducted among 170 residents of social welfare houses, but information from 142 people were statistically analysed because of the level of cognitive function. The research tool was a questionnaire designed especially for this purpose and Abbreviated Mental Test Score (AMTS). The description and evaluation of relationships between variables was made with chi-square test and C-Pearson rate.

There is no relationship between the self-rated health status and age, marital status and education. A close relationship has been observed between the self-rated health status and physical and mental state, evaluation of happiness and independent mobility.

Key words: old age, social welfare houses, self-rated health